



## REGIONAL WELLNESS COUNCIL (RWC) MEMBER NOMINATION PACKAGE

## DOSSIER DE CANDIDATURE MEMBRE D'UN CONSEIL RÉGIONAL DU MIEUX-ÊTRE (CRME)

Name of NOMINEE (Person Being Nominated – please print):  
Nom du CANDIDAT (personne visée par la candidature – en caractères d'imprimerie) :

Mr. / M.    Mrs. / Mme    Ms. / Mlle

### Contact Information of NOMINEE / Coordonnées du CANDIDAT

Mailing Address:  
Adresse postale :

Phone # or Cell #:  
N° de tél. ou de cell. :

E-mail Address:  
Adresse courriel :

Name of the RWC the individual is being nominated for:  
Nom du CRME faisant l'objet de la candidature :

- Beaufort Delta RWC / CRME de Beaufort-Delta  
 Dehcho RWC / CRME du Dehcho  
 Hay River RWC / CRME de Hay River  
 Fort Smith RWC / CRME de Fort Smith  
 Sahtu RWC / CRME du Sahtu  
 Yellowknife RWC / CRME de Yellowknife

The individual being nominated by (check one):  
La candidature est proposée par (ne cocher qu'une case) :

- Organization / Une organisation  
 A resident of the region served by the RWC  
Un résident de la région desservie par le CRME  
 Self – You must attach two letters of reference from people who live in the region. / Le candidat lui-même – Veuillez joindre deux lettres de recommandation de résidents de votre région.

### Nominating Organization or Resident, if applicable / Organisation proposant la candidature, le cas échéant

Name of Nominating Organization:  
Nom de l'organisation proposant la candidature :

Mailing Address:  
Adresse postale :

Phone # or Cell #:  
N° de tél. ou de cell. :

E-mail Address:  
Adresse courriel :

Please provide a brief explanation as to why this Nominee should be appointed as the Member of the RWC by outlining the Nominee's relevant knowledge, skills and experience.

Veuillez expliquer brièvement pourquoi ce candidat mérite d'être nommé en tant que membre d'un CRME, en faisant valoir ses connaissances, ses compétences et son expérience.

X

Signature

Date (mm/dd/yyyy) Date (mm-jj-aaaa)

Digital signature required, or print form to sign / Signature numérique requise, ou veuillez imprimer le formulaire pour le signer.

**ATTACHMENT A / ANNEXE A**

Name of Nominee (Person being NOMINATED):  
 Nom du candidat (personne VISÉE PAR LA CANDIDATURE) :

Name of Regional Wellness Council person is being nominated for:  
 Nom du conseil régional du mieux-être visé par la candidature :

- Beaufort Delta RWC / CRME de Beaufort-Delta     Dehcho RWC/ CRME du Dehcho     Hay River RWC / CRME de Hay River  
 Fort Smith RWC / CRME de Fort Smith     Sahtu RWC / CRME du Sahtu     Yellowknife RWC / CRME de Yellowknife

**Criteria for Nomination to a Regional Wellness Council**

You can be nominated for a Regional Wellness Council if you meet all of the following:

- You live in the region served by the Council. You must have lived there for at least six months before your nomination.
- You are a Canadian citizen or a permanent resident.
- You are at least 19 years old.
- You understand the purpose and role of the Regional Wellness Council.
- You have experience participating in community, regional, or territorial committees or organizations.
- You can take part in all Council activities and meetings.
- You are prepared to sign a statement of ethics and confidentiality.
- You can show that you do not have a conflict of interest related to Council work.

**Who cannot be nominated**

You cannot be nominated for a Regional Wellness Council if any of the following apply:

- You work for any Health and Social Services Authority.
- You work for the Department of Health and Social Services.
- You work at, operate, or provide services for a health or social services facility in the region.
- You are a medical or health professional with privileges at a facility that provides health or social services in the region.
- Your spouse or dependant meets any of the above conditions.
- You are a Member of the Legislative Assembly or the Parliament of Canada.
- You have been convicted of a *Criminal Code* offence in the last three years and were sentenced to a term of imprisonment.

**Critères de nomination à un conseil régional du bien-être**

Vous pouvez siéger à un conseil régional du bien-être si vous remplissez toutes les conditions suivantes :

- Vous résidez dans la région dans laquelle le conseil exerce ses activités (pendant au moins six mois avant votre nomination).
- Vous êtes canadien ou résident permanent.
- Vous avez au moins 19 ans.
- Vous comprenez l'objectif et le rôle du conseil régional du bien-être.
- Vous avez déjà siégé à un conseil ou fait partie d'une organisation à l'échelle locale, régionale ou territoriale.
- Vous pouvez participer à toutes les activités et réunions du conseil.
- Vous êtes prêt à signer une déclaration d'éthique et de confidentialité.
- Vous pouvez prouver que vous n'avez pas de conflit d'intérêts en rapport avec les activités du conseil.

**Qui ne peut pas siéger au conseil**

Vous ne pouvez pas siéger à un conseil régional du bien-être si l'une des situations suivantes s'applique :

- Vous travaillez pour une administration des services de santé et des services sociaux.
- Vous travaillez au ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Vous travaillez dans un établissement de santé ou de services sociaux de la région, vous en assurez la gestion ou vous lui fournissez des services.
- Vous êtes un professionnel de la santé jouissant de privilèges dans un établissement qui fournit des services de santé ou des services sociaux dans la région.
- Votre conjoint ou la personne à votre charge remplit l'une des conditions susmentionnées.
- Vous êtes député à l'Assemblée législative ou au Parlement du Canada.
- Vous avez été reconnu coupable d'une infraction au Code criminel au cours des trois dernières années et avez été condamné à une peine d'emprisonnement.

**Declaration:**

**I have read the above criteria and declare that I am eligible and willing to be appointed as a Member of the Regional Wellness Council that I am being nominated for.**

X

Signature of Nominee / Signature du candidat

**Déclaration :**

**Ayant pris connaissance des critères ci-dessus, je déclare être admissible au poste de membre du Conseil régional du mieux-être et j'atteste ma volonté d'être nommé à ce poste, auquel je sou mets ma candidature.**

Date (mm/dd/yyyy) Date (mm-jj-aaaa)

**Completed nomination forms can be sent by mail, fax or email to: Minister of Health and Social Services**

c/o Deputy Minister, Department of Health and Social Services  
 Box 1320  
 Tatsaoᓄᓂne Building,  
 7<sup>th</sup> floor, Yellowknife, NT X1A 2L9  
 Fax #: 867-873-0266 | Email: [rwcnominations@gov.nt.ca](mailto:rwcnominations@gov.nt.ca)

**Les formulaires de candidature remplis peuvent être envoyés par courrier, par télécopieur ou par courriel à l'aide des coordonnées suivantes :**

**Ministre de la Santé et des Services sociaux**  
 a/s du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux  
 C. P. 1320  
 Immeuble Tatsaoᓄᓂne,  
 7<sup>e</sup> étage, Yellowknife NT X1A 2L9  
 Téléc. : 867-873-0266 | Courriel : [rwcnominations@gov.nt.ca](mailto:rwcnominations@gov.nt.ca)